**В САО «ВСК» г. Москва ул. Островная д. 4**

Заявление направляйте на электронный адрес: spravkavsk@yandex.ru

Тел.: 8 (3812) 290-611

**Сведения о заявителе:**

**ФИО**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата рождения ИНН¹

Паспорт: серия номер дата выдачи

Телефон

**Прошу предоставить справку об уплаченных страховых взносах по договору добровольного страхования**

**за 2024 год:**

**ФИО застрахованного лица (**заполняется если заявитель и застрахованный разные лица**):**

Дата рождения Родственная связь

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН¹ **или П**аспорт/Св-во о рождении (для несовершеннолетних):

серия номер дата выдачи

1. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г
2. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
3. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
4. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
5. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
6. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
7. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
8. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
9. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.
10. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.

Укажите способ получения Справки об уплаченных страховых взносах (Справка готовится до 30 дней):

□ Отправлением на электронную почту: E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Путем личного посещения офиса представителя страховщика по адресу: г. Омск, ул. Декабристов, 104\*

Заявитель: ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложения (копия/скан/четкое фото):

- Паспорта заявителя, застрахованного

- Документы, подтверждающие родство (в случае если заявитель и застрахованный разные лица)

- Скан договора (Полиса\*\*) страхования, оплата (чек\*\*)

\*Режим работы: понедельник-пятница с 9:00 до 17:00, суббота, воскресенье, праздничные дни – выходные.

\*\*При утрате полиса/чека укажите его номер в заявлении, номера Полисов по ФИО и дате рождения Застрахованного, также можно уточнить в ЛПУ.

**Максимальный размер вложений при отправке по электронной почте 30МБ в форматах: jpg, pdf, png, tif**

¹ ИНН указывается при наличии.